

Processos de regulação emocional em pessoas com o diagnóstico de doença celíaca

ANA MELANIE OLIVEIRA FERNANDES

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Prof. Doutora Ana Galhardo, Instituto Superior Miguel Torga

Coimbra, outubro de 2019

Aos meus pais, avós, irmão e sobrinha

Agradecimentos

Em retrospectiva, foi um ano excelente. A superação das dificuldades permitiu o desenvolvimento de determinadas competências e o aperfeiçoamento de outras...a aceitar, ser mais resiliente, persistir...e a procurar novos métodos de trabalho para garantir uma maior eficiência. A maior conquista foi a finalização desta dissertação. Depois de tanto investimento e dedicação é com grande orgulho que posso apreciar, do lado de fora, o resultado final! Garantemente, a satisfação global corrige e ultrapassa todos os obstáculos. E no final, o que importa é conseguir que tudo se transforme em aprendizagem, tanto as coisas positivas como as adversidades. Sendo assim, é indispensável agradecer a todas as pessoas que de alguma maneira contribuíram para este processo. O equilíbrio está no eu com o mundo, porque com a ajuda dos “outros” somos capazes de mais e melhor!

Em primeiro lugar quero agradecer à minha orientadora, Prof. Doutora Ana Galhardo pela disponibilidade, pelos ensinamentos não só durante este ano como também ao longo do curso, pela professora exemplar que sempre foi e pela ótima pessoa que é. Por ter permitido que descomplicasse certas ideias ou problemas, pelo apoio, por ser incansável, por ouvir as minhas dúvidas, desde as mais reais às existenciais. O meu sincero obrigada!

À Associação Portuguesa de Celíacos pela prontidão que demonstraram em partilhar o estudo. Sem esta contribuição não seria possível. Obrigada!

Ao Instituto Superior Miguel Torga, professores e outros funcionários, pela formação, por contribuírem para que eu hoje chegasse até aqui. Obrigada.

À Dr.^a Joana D´Avó, a minha orientadora de estágio, pelo apoio, pelos conselhos e pela força que me transmitiu ao longo do tempo. Por me fazer ver o lado positivo, ou simplesmente ajudar-me a perspetivar os acontecimentos de outra maneira, muitas vezes mais simples. Obrigada por tudo.

À minha família por me dar suporte incondicional, por me reforçar quando atinjo resultados positivos e por não me permitir desistir dos meus objetivos quando não corre como previsto. Em particular, aos meus pais nunca poderei agradecer tudo o que fazem por mim, nem eles querem, porque o fazem de coração e as únicas coisas que pedem é que tenha bons valores, faça o que gosto e seja feliz. Obrigada por acreditarem tanto em mim, por me terem dado uma excelente educação, por me reforçarem, por me ajudarem a ser quem sou e por permitirem a exequibilidade dos meus projetos de vida. Obrigada meus queridos!

À avó Maria e ao avô Manuel, obrigada por terem cuidado de mim quando era pequena, por ralharem comigo quando fazia disparates, por me encherem de amor, carinho e de doces,

por me “deseducarem” um pouco, como só bons avós fazem. Por acompanharem o meu crescimento e demonstrarem orgulho pelas minhas conquistas. É um orgulho poder tê-los na minha vida! E só gostava que durassem para sempre. É uma utopia pensar assim, mas de certo que, no meu coração, viverão para sempre.

Ao meu irmão, por me aturar desde sempre e para sempre. Por ter permitido a realização de sonhos e experiências espetaculares. Apesar do mau feitio é das pessoas mais importantes da minha vida, que mais prezo e tenho orgulho. E sim, claro que é o melhor irmão do mundo. Por me ter dado a melhor prenda que eu poderia ter recebido, a minha sobrinha. Obrigada pelo apoio incondicional e por seres presente mesmo não estando presente. Sabes o que significas para mim! À minha sobrinha, por me transmitir um amor incondicional, o amor mais puro e inexplicável que já conheci. As saudades “não matam, mas moem”, que o nosso amor continue a quebrar fronteiras. Je t’ aime mon coeur. À minha cunhada pela amizade, pelas conversas sobre tudo, pela força, por ver as melhores qualidades em mim e por me considerar uma super *tátá*. Obrigada por tudo.

À Yo, por ser a amiga de todas as horas, por ser uma das pessoas que mais me apoia e mais atura os meus “dramas”. Por me animar quando estou triste, por ser a amiga que todos desejam, por ser uma verdadeira inspiração e por me aturar na alegria e na tristeza. Por ter sido essencial nesta fase. Muito obrigada girl!

À Inês, à Patrícia e à Solange, obrigada pelo companheirismo e por todas as partilhas ao longo do curso, mas sobretudo ao longo deste ano. O meu dia preferido foi a quinta-feira e que bom era quando chegava! Obrigada miúdas por serem das melhores pessoas que Coimbra me deu! Inês, obrigada especialmente a ti, pelo excelente apoio e por teres acompanhado de perto a realização da tese.

À Andreia, obrigada pela amizade de longa data e por todas as risadas que só nós é que sabemos. Ao Mário, obrigada por viveres Coimbra comigo, por teres sido a primeira pessoa que conheci nesta cidade. À Vanessa, por tudo o que vivemos estes anos e por seres uma grande amiga, que guardo para a vida. Ao André, obrigada por me acompanhar em todas as alegrias e adversidades. À Sofia, obrigada pelo apoio e amizade no último ano.

Aos meus colegas de casa, principalmente aos meus meninos, Francisco e Miguel por serem dois seres incríveis e por terem marcado a minha vida, obrigada pelas brincadeiras e por todos os momentos espetaculares que vivemos. Obrigada pelo vosso apoio em todas as fases!

Aos restantes amigos e colegas que fizeram parte da minha vida durante estes anos, muito obrigada! A todas as pessoas que deram um bocadinho do seu contributo para a minha educação, para o meu desenvolvimento pessoal. O meu sincero obrigada.

Resumo

A Doença Celíaca (DC) é uma condição crónica e autoimune. Quando um doente celíaco ingere glúten, o corpo reage atacando o intestino delgado. O presente estudo teve como objetivos abordar variáveis psicológicas como a sintomatologia depressiva, ansiosa e de *stress*, a qualidade de vida física, psicológica, das relações sociais e a vergonha associada à doença crónica, explorando o papel preditor de processos de regulação emocional como o evitamento experiencial, a fusão cognitiva, a autocompaixão e o autojulgamento em indivíduos com DC.

Participaram neste estudo 67 sujeitos com diagnóstico de DC autorreportado, recrutados através de uma associação de pacientes, tendo completado online um questionário sociodemográfico e clínico e os seguintes instrumentos de autorresposta: *World Health Organization Quality of Life* (Whoqol-Bref), Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress* – 21 (EADS-21), *Self-Compassion Scale* (SCS), *Cognitive Fusion Questionnaire - Chronic Illness* (CFQ-CI), *Acceptance and Action Questionnaire -II* (AAQ-II) e a *Chronic Illness-related Shame Scale* (CISS).

Ao considerar os sintomas psicopatológicos de depressão, ansiedade e *stress* verificou-se que o índice compósito de autojulgamento surge como o único preditor significativo deste tipo de sintomas. Em relação à fusão cognitiva associada à doença crónica verificou-se que surge como preditor significativo da vergonha associada à doença. O autojulgamento e a autocompaixão atuaram como preditores significativos da qualidade de vida psicológica. No que concerne à qualidade de vida nos domínios físico e das relações sociais, observou-se que os processos de regulação emocional e a vergonha associada à doença crónica não contribuíram para a sua explicação. Relativamente às áreas de vida afetadas pela DC, a vida social/convívio com amigos e as atividades de lazer/ *hobbies* foram apontadas como as mais relevantes.

Vários estudos referem a importância do apoio psicológico dirigido a pessoas com DC e os dados do presente estudo apontam para a relevância de integrar nestas intervenções a abordagem do autojulgamento e da fusão cognitiva enquanto processos de regulação emocional com um papel preditor na sintomatologia psicopatológica e na vergonha experienciada.

Palavras-chave: doença celíaca; processos de regulação emocional, sintomas psicopatológicos, qualidade de vida.

Abstract

Celiac Disease (CD) is a chronic and autoimmune condition. When a celiac patient eats gluten, the body reacts by attacking the small intestine. The current study aimed to address psychological variables such as depressive, anxious and stress symptoms, physical, psychological and social relationships quality of life, and chronic illness related shame, exploring the predictive role of emotion regulation processes such as experiential avoidance, cognitive fusion, self-compassion and self-judgment in individuals with CD.

Sixty-seven self-reported CD subjects recruited through a patients' association participated in this study and completed a sociodemographic and clinical questionnaire and the following self-report instruments: World Health Organization Quality of Life (Whoqol Bref), Depression, Anxiety, and Stress Scales - 21 (EADS-21), Self-Compassion Scale (SCS), Cognitive Fusion Questionnaire - Chronic Illness (CFQ-CI), Acceptance and Action Questionnaire -II (AAQ-II) and Chronic Illness-related Shame Scale (CISS).

When considering the psychopathological symptoms of depression, anxiety and stress, it was found that the composite self-judgment index appears as the only significant predictor of this type of symptoms. Regarding chronic illness related shame, chronic illness related cognitive fusion emerged as the only significant predictor. Self-judgment and self-compassion acted as significant predictors of psychological quality of life. Regarding the physical and social relationships quality of life domains, emotion regulation and shame had not predictive role. Concerning the life areas affected by CD, social life/socializing with friends and leisure activities/hobbies were identified as the more relevant.

Several studies refer to the importance of psychological interventions directed to people with CD and the current study results point to the relevance of integrating in these interventions self-judgment and cognitive fusion as emotion regulation processes playing a role in psychopathological symptomatology and experienced shame.

Key Words: celiac disease; emotion regulation processes, psychopathological symptoms, quality of life.

Anexos

Anexo 1- Pedidos de autorização aos autores dos instrumentos e respectivas respostas

Introdução

A doença crónica caracteriza-se por perdurar ao longo do tempo. De acordo com o Centro Nacional de Estatísticas de Saúde dos EUA, considera-se doença crónica se a duração for igual ou superior a três meses (MedicineNet, 2018). Existem fatores que aumentam a probabilidade de ocorrência das doenças crónicas, por exemplo consumo de tabaco, ausência de atividade física e alimentação desequilibrada (MedicineNet, 2018).

A Doença Celíaca (DC) é descrita como autoimune, sendo que pode surgir em pessoas com alguma predisposição genética (nestes casos a ingestão de glúten prejudica o intestino delgado). Quando um doente celíaco ingere glúten, o corpo reage atacando o intestino delgado. O que resulta em prejuízos nas vilosidades, tendo estas a função de proteger o intestino delgado e possibilitar a absorção de nutrientes. Com a ingestão de glúten e consequente destruição das vilosidades, não é conseguida uma absorção correta destes nutrientes (Celiac Disease Foundation, s.d.).

A DC tem uma componente hereditária, pelo que indivíduos que tenham um familiar de primeiro grau com a doença têm uma em dez possibilidades de vir a ter a mesma doença (Butterworth, & Los, 2019). Não há uma idade própria para o surgimento da DC (Celiac Disease Foundation, s.d.).

O diagnóstico de DC é realizado a partir de sinais ou sintomas que possam ser indicativos da doença, testes sorológicos e biopsia intestinal para conferir o diagnóstico. Este deve ser efetuado antes da Dieta Isenta de Glúten (DIG) (Associação Portuguesa de Celíacos, s.d.). Quanto mais cedo o diagnóstico for realizado, menor é a probabilidade de desenvolver outra doença autoimune. Se o diagnóstico for realizado entre os 2-4 anos a probabilidade é 10.5%; 4-12 anos corresponde a 16.7%, entre os 12-20 anos é 27% e se for depois dos 20 anos será 34% (Celiac Disease Foundation, s.d.).

A fase de diagnóstico deve ser entendida como um período de maior cuidado, a aceitação, em muitos casos, não é imediata e os pacientes manifestam algumas dúvidas em relação à doença (Melicharova, Slavik, & Cervinkova, 2016). De referir ainda que as técnicas usadas para o diagnóstico podem provocar sentimentos negativos, uma vez que podem ser invasivas (Melicharova et al., 2016).

A DC sem diagnóstico ou sem tratamento pode resultar nas seguintes condições: anemia ferropénica; osteoporose de início precoce ou osteopenia; infertilidade e aborto espontâneo; intolerância à lactose; deficiências de vitaminas e minerais; distúrbios do sistema nervoso central e periférico; insuficiência pancreática; linfomas intestinais e outros cancros

gastrointestinais (malignos); mau funcionamento da vesícula biliar e manifestações neurológicas, incluindo ataxia, convulsões epiléticas, demência, enxaqueca, neuropatia, miopatia e leucoencefalopatia multifocal (Celiac Disease Foundation, s.d.).

São vários os problemas comórbidos à doença celíaca: anemia (12-69%), doença autoimune da tiroide (26%), dermatite herpetiforme, síndrome de *down*, ataxia de glúten, cardiomiopatia dilatada idiopática, síndrome de fadiga crónica (2%), hepatite autoimune (2%), artrite idiopática juvenil, doença hepática, colite linfocítica, colite microscópica, neuropatia periférica, cirrose biliar primária, síndrome de *sjögren*, diabetes tipo I e infertilidade inexplicada (Celiac Disease Foundation, s.d.).

De acordo com informação disponibilizada no site da Associação Portuguesa de Celíacos (APC), a DC, na Europa, está presente em 1% da população, correspondendo a um ratio de 1:200 (Associação Portuguesa de Celíacos, s.d.). No que diz respeito a Portugal a informação é escassa, contudo, de acordo com um estudo realizado em Braga, a prevalência será de 1:134, o que significaria que entre 1 a 3% da população apresenta DC. Pelo que se sabe apenas 10.000 pessoas foram diagnosticadas, o que nos remete para o eventual subdiagnóstico da doença. Contabiliza-se que serão entre 70.000 a 100.000 doentes celíacos ainda sem diagnóstico em Portugal (Associação Portuguesa de Celíacos, s.d.). Ainda no que concerne à prevalência da DC existe maior incidência no sexo feminino, avaliada num estudo em todas as faixas etárias (Mariné et al., 2011). Apesar de surgir mais no sexo feminino, o estudo de Bai, Brar, Holleran, Ramakrishnan e Green (2005) concluiu que no sexo masculino existia menor duração da doença anterior ao diagnóstico efetivo, apresentando os homens um maior número de sintomas adversos da absorção deficitária.

De acordo com um estudo realizado por Usai et al. (2002) uma qualidade de vida mais deficitária dos pacientes com DC foi associada a uma redução do compromisso a uma DIG, a um pior estado de saúde (maior quantidade de sintomas apresentados na altura do diagnóstico) e mais doenças comórbidas. Estes autores notaram que os sintomas que alguns doentes celíacos apresentavam, estavam associados à doença autoimune da tiroide e qualidade de vida mais reduzida (Usai et al., 2002 citado em Addolorato et al., 2008).

O estudo de Oza et al. (2016) revelou que os pacientes cujos rendimentos eram inferiores tinham maior propensão para apresentar um pior estado de saúde geral e um pior estado de saúde associado à DC. Os pacientes com rendimentos inferiores também apresentavam mais sintomas comparativamente com os pacientes com rendimentos superiores (Oza et al., 2016). Assim, terapias que permitam a diminuição de sintomas associados a um

aumento do consumo de alimentos sem glúten, que transmitam segurança, propiciam também o aumento da qualidade de vida geral em pacientes com DC (Oza et al., 2016).

Até ao momento, a única possibilidade de tratamento da DC é a realização de uma DIG com a finalidade de evitar repercussões no decorrer da doença (Butterworth & Los, 2019; Green & Cellier, 2007; Leonard, Sapone, Catassi, & Fasano, 2017) e aumentar a qualidade de vida (Nachman et al., 2010). Na maior parte dos casos são perceptíveis melhorias após 2 a 3 semanas a DIG ter iniciado (Catassi & Lionetti, 2019). Encontram-se vários medicamentos em fase 2 de desenvolvimento, que poderão resultar em opções de tratamento mais diversificadas para as pessoas com DC (Gottlieb, Dawson, Hussain, & Murray, 2015). Segundo o The National Canadian Survey, analisando a população de doentes canadenses com doença celíaca, o ano posterior ao diagnóstico será aquele em que existe pior qualidade de vida, o que está relacionado com o envolvimento numa DIG e as próprias mudanças que este novo estilo de vida acarreta, nomeadamente numa primeira fase (Zarkadas et al., 2006). Hall, Rubin e Charnock (2009) referem a dificuldade de cumprir uma DIG. A adesão dos indivíduos com DC à DIG é variável, não sendo frequente a não adesão total, contudo, uma quantidade considerável apresenta algumas resistências (até 60% dos pacientes não aderem totalmente). Um estudo de Dowd, Jung, Chen e Beauchamp (2015) encontrou evidências de que a eficácia autorreguladora é um construto importante no que concerne ao comprometimento com uma DIG em adultos com DC. A convicção de um indivíduo na gestão de propósitos de vida, em simultâneo à adesão à DIG, pode interferir no modo de lidar com a doença crónica (eficácia autorreguladora simultânea).

A DC pode apresentar repercussões significativas em termos psicológicos. Estas poderão, por um lado, estar associadas à doença e ao seu impacto bioquímico e, por outro terem a ver com a compreensão que o paciente faz acerca do problema e respetivo tratamento (DIG) (Zingone et al., 2015). Os problemas psicológicos podem ir desde depressão ao desenvolvimento de características psicóticas, caso exista glúten na dieta (Flamez, Clark, & Sheperis, 2013). O estudo de Siniscalchi et al. (2005) demonstrou a presença de uma relação entre depressão e sintomas de fadiga em doentes celíacos que ainda não haviam iniciado tratamento. Efetivamente, de uma forma geral, os pacientes com DC demonstram maiores níveis de ansiedade e depressão comparativamente a adultos saudáveis. Contudo, esses sintomas podem-se alternar consoante as diferentes fases do diagnóstico. Antes de terem conhecimento do diagnóstico de DC, podem sentir preocupação sobre sintomas que não compreendem, sentirem-se desapontados com idas consecutivas ao médico sem obtenção de respostas concretas; quando são diagnosticados, as preocupações estabelecem-se na forma

como vão viver com a doença a longo prazo, apresentando em simultâneo um sentimento de alívio por, finalmente, conhecerem e poderem nomear a doença (Zingone et al., 2015). Alguns doentes revelam uma melhoria das dificuldades psicológicas à medida que aumentam o seu conhecimento acerca da doença, contudo, outros pacientes continuam a manifestar dificuldades ao nível da adaptação e adesão à dieta, assim como em termos de adaptação social (Ludvigsson et al., 2014; Zingone et al., 2015).

É pertinente refletir que os problemas de ansiedade e depressão podem ter consequências na adesão a uma DIG e na qualidade de vida (Zingone et al., 2015). No que concerne à ansiedade, esta é caracterizada por reatividade relacionada com a presença de sintomas relativos à DC, e tende a diminuir posteriormente à DIG (Addolorato, 2001). Já no que respeita à depressão, em pacientes não tratados, uma absorção deficitária dos nutrientes influencia a produção neuronal de monoaminas (Addolorato, 2001). Segundo Smith e Gerdes (2012), a frequência e gravidade da depressão é superior em pacientes com DC comparativamente com grupos de controlo sem a doença. No entanto, não há dados que permitam afirmar que a predominância da depressão na DC seja superior à encontrada em pessoas com outras doenças crónicas. Efetivamente, a depressão pode ser resultado de um conjunto de sintomas físicos ou restrições/impedimentos sociais que a doença crónica acarreta (Smith & Gerdes, 2012). Cossu et al. (2017) afirmam que a sintomatologia depressiva pode estar associada ao impacto no bem-estar devido à condição de viver com a doença crónica, não existindo evidência de uma relação direta entre a depressão e a DC. A manutenção dos sintomas depressivos pode estar relacionada com uma qualidade de vida mais deficitária, e esta, por sua vez, pode diminuir devido às restrições alimentares e ao impacto da DC nas relações sociais. (Addolorato, 2001).

Como tal, é pertinente que os doentes com DC com perturbações afetivas comórbidas, ou com baixa qualidade de vida tenham apoio psicológico no sentido de se adaptarem à DIG, reduzindo assim a hipótese de baixa adesão ao tratamento e de complicações comórbidas associadas à DC (Zarkadas et al., 2006). Sendo assim, é importante ter em atenção os aspetos psicológicos, visto que intervenções deste tipo podem aumentar a aceitação e a adaptação à DIG (Melicharova et al., 2016). Neste contexto, o estudo realizado por Addolorato et al. (2004) teve como foco investigar a eficácia do aconselhamento psicológico, no sentido de incrementar a adesão à DIG em doentes com DC. O estudo dividiu os participantes com DC, ansiedade-estado e depressão em dois grupos. Um grupo iniciou aconselhamento psicológico posterior ao diagnóstico e consequente aprendizagem da DIG. Este aconselhamento consistiu em consultas individuais cujo foco foi a gestão do *stress* e identificação de questões relacionadas com a DC

que preocupavam o indivíduo ou problemas relacionados com a DIG, com que se depararam e que teriam mais dificuldade em resolver. Por outro lado, o outro grupo que não obteve apoio psicológico foi examinado pelo médico e os seus dados clínicos foram avaliados. Os dois grupos tiveram acompanhamento em ambulatório de duas em duas semanas, pela mesma equipa, durante seis meses. No final obtiveram-se os seguintes resultados: o grupo que teve acompanhamento psicológico aderiu consideravelmente mais à DIG, sendo que nesse mesmo grupo encontraram-se menos indivíduos deprimidos comparativamente ao grupo que não teve apoio psicológico. Sendo assim, a partir dos dados obtidos no estudo, é realçada a importância do acompanhamento psicológico em doentes com DC e outras perturbações comórbidas, atendendo a que este contribui para a redução dos sintomas depressivos e para uma maior adesão à DIG (Addolorato et al., 2004). Deste modo, surge a importância dos profissionais de saúde, que devem estar atentos às consequências que a doença acarreta do ponto de vista psicológico, com o objetivo de fornecer o melhor suporte possível (Zingone et al., 2015).

A presente dissertação, ao explorar o papel de processos de regulação emocional em pessoas com DC, enquadra-se, do ponto de vista teórico nas designadas terapias de terceira geração. Estas terapias têm como objetivo alterar a função das experiências psicológicas ao invés de alterar as experiências em si (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Estas terapias incidem no *mindfulness*, aceitação, desfusão cognitiva, comprometimento e autocompaixão (Hayes, Follette, & Linhean, 2004). Assim, construtos como os de evitamento experiencial, fusão cognitiva, autocompaixão e autojulgamento são abordados especificamente em pessoas com DC, procurando-se compreender de que modo estes processos se associam a variáveis como os sintomas psicopatológicos, a qualidade de vida e a vergonha associada à doença crónica.

O evitamento experiencial é definido como uma estratégia inadequada para lidar com emoções em que, de alguma maneira, o indivíduo tenta dominar, alterar ou fugir a experiências internas, sejam sensações corporais, pensamentos, emoções, entre outras, ainda que estas possam originar consequências negativas (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). Inicialmente, o evitamento experiencial pode propiciar soluções positivas e até diminuir alguma inquietação, contudo, quando utilizado a longo prazo e de forma repetida, pode surtir efeitos negativos, não permitindo que o indivíduo aja consoante os seus objetivos e valores de vida (Hayes, Luoma, Bond Masuda, & Lillis 2006). Várias evidências consideram que o evitamento experiencial tem influência na qualidade de vida, ansiedade, depressão e autogestão da doença (Chawla & Ostafin, 2007). Para além disso, tem-se observado que o envolvimento em estratégias de evitamento de experiências internas potencia o aumento da repercussão dos

sentimentos de vergonha associados à doença crónica (Trindade, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2017b).

De referir também que a associação entre fusão cognitiva e evitamento experiencial tem vindo a ser claramente sugerida na literatura (Gillanders et al., 2014). Se as experiências internas forem identificadas como negativas, o indivíduo tende a fundir-se com essas experiências e a evitar experienciá-las (Dahl et al., 2009). Assim, é possível compreender que o evitamento experiencial se relaciona com a fusão cognitiva. Por exemplo, quando um paciente se funde com a dor e assume os pensamentos como factos, esses pensamentos vão influenciar o comportamento e, como consequência, resultar na procura de alternativas para evitar a dor. Assim, pode-se presumir o efeito nocivo da fusão cognitiva no funcionamento mental (Trindade, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2017c). Na fusão cognitiva acontece um sobreenvolvimento com o conteúdo dos pensamentos, o que pode dar origem à inflexibilidade psicológica (Gillanders et al., 2014). Deste modo, o indivíduo considera os pensamentos como representativos da realidade, ao invés de os encarar como experiência normativa. Quando o indivíduo está exageradamente fundido é mais provável que os seus valores de vida estejam focados no controle ou evitamento de experiências internas adversas (Hayes et al., 2006). No caso da doença crónica, tal pode resultar no evitamento de consultas ou na toma da medicação (Trindade, & de Almeida, 2018). Efetivamente, a fusão cognitiva associada à doença crónica resulta numa redução do bem-estar geral, psicológico e físico (Trindade, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2018a). Acontece muito quando o doente se funde com pensamentos como por exemplo “a minha doença impede-me de jantar com os meus amigos”, o que vai fazer com que utilize estratégias para evitar fazer atividades que seriam satisfatórias e conduzir a um maior isolamento social (Trindade et al., 2017c).

Cada vez mais é possível a perceção da autocompaixão como um agente fulcral na melhoria do bem-estar e na diminuição do *stress* em pessoas com doença crónica (Sirois & Rowse, 2016). A redução do *stress* vai permitir que o indivíduo se comprometa com a sua saúde física, possibilita o aperfeiçoamento da automonitorização da sua saúde, diminua a vergonha associada à doença crónica e promova a superação das dificuldades (Sirois, & Rowse, 2016).

Para além dos processos de regulação emocional já abordados, um outro construto que tem vindo a ser alvo de estudo em pessoas com doença crónica é o da vergonha. De acordo com Gilbert (2007) a vergonha pode dividir-se em externa e interna. A primeira relaciona-se com o reconhecimento de que os outros têm uma ideia ou opinião negativa formulada acerca do *self* (o sujeito acredita que existe na mente dos outros de uma forma negativa) e tem como

função regular as ameaças sociais (Gilbert, 2002). A segunda, é a conceção de que o *self* é inferior e sem valor (Gilbert, 2002), está relacionada com a visão negativa que o sujeito tem relativamente às suas características ou comportamentos, surgindo como uma defesa que origina respostas “protetoras” (e.g., afetos negativos dirigidos ao próprio e autojulgamento) (Gilbert & Irons, 2005). A vergonha pode ser perpetuada pelo autojulgamento (Gilbert, 2007). Sendo assim, os indivíduos podem culpabilizar-se pelo aumento da sintomatologia e percecionar-se como incapazes de exercer controlo sobre os seus sintomas (Trindade, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2017a).

Ainda que a vergonha tenha vindo a ser associada à psicopatologia (Matos & Pinto-Gouveia, 2010), a ligação entre a vergonha associada à doença crónica e saúde mental poderá apresentar-se mediada por processos mais específicos de regulação das emoções. O estudo de Trindade et al. (2018a) demonstrou que a vergonha na saúde psicológica é moderadamente mediada pelos mecanismos de fusão cognitiva associados à doença crónica. Este estudo concluiu que, assim que os pacientes se fusionam com pensamentos relativos à noção de ter uma doença crónica, a vergonha tem maior influência na sua saúde mental (Trindade, Marta-Simões, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2018b). De acrescentar que o facto de o indivíduo apresentar alguns sintomas físicos pode resultar num aumento da vergonha associada a esses sintomas e dar origem a autojulgamento (Gilbert, 2007).

O autojulgamento, de acordo com Neff (2003, 2016, 2019), pode ser entendido como correspondendo à conjugação de autocriticismo, sobreidentificação e isolamento. Assim, evidenciar níveis elevados de autojulgamento podem envolver uma atitude crítica dirigida ao próprio em face de erros ou inadequações, um sobreenvolvimento com afeto negativo e uma incapacidade para compreender a sua experiência como fazendo parte da experiência humana mais alargada. No contexto específico da doença crónica, o autojulgamento acerca da condição de doente, as dificuldades em gerir/lidar com a própria doença e a incapacidade em corresponder às próprias expectativas e às dos outros podem mais facilmente conduzir a sentimentos de vergonha e a sintomas de psicopatologia (Trindade & de Almeida, 2018).

Por outro lado, a autocompaixão traduz-se numa atitude de bondade e calor para consigo mesmo, evitando a crítica e o autojulgamento, entender, de forma abrangente, as experiências constituintes da vivência humana e criar um equilíbrio entre pensamentos e sentimentos mais angustiantes, ao invés de se sobreidentificar com eles (Neff, 2003, 2016). Pessoas autocompassivas também referem melhor qualidade de vida (Van Dam, Sheppard, Forsyth & Earleywine, 2010). Quanto maior é a autocompaixão, mais adequadas são as estratégias de *coping*, o que se verificou na Doença Inflamatória do Intestino (DII) e na artrite

(Sirois, Molnar, & Hirsch, 2015). De facto, atendendo à similitude existente entre a DII e a DC, parece viável constatar que a autocompaixão pode ajudar na adoção de estratégias de *coping* adaptativas em pessoas com DC, ainda que sejam necessários mais estudos (Dowd & Jung, 2017).

Lidar com a DC envolve várias questões como: gerir os alimentos que podem ser ingeridos (o que poderá levar a maior tempo despendido, seja no supermercado ou em lojas específicas) e comunicar às pessoas responsáveis pela preparação das suas refeições a sua restrição alimentar (Sainsbury, Halmos, Knowles, Mullan, & Tye-Din, 2018). Para além disso, estes pacientes podem ter consultas médicas frequentes para controlar possíveis comorbilidades da doença (e.g., infertilidade) (Tersigni et al., 2014). Nesse sentido, aumenta a relevância da autocompaixão, visto que a sua prática pode ampliar estratégias para gerir situações do quotidiano, de forma a lidar com os pensamentos tal como eles surgem e incentivando o contributo do indivíduo na sua própria saúde (Sirois, Kitner & Hirsch, 2015). De mencionar que o recurso à Terapia Focada na Compaixão, na qual são adotadas práticas de autocompaixão, tem vindo a evidenciar efeitos positivos em diversas condições como a ansiedade, a depressão, a vergonha e o *stress* (Leaviss, & Uttley, 2014). Tendo em conta que a prática da autocompaixão possibilita o aumento dos recursos cognitivos que conduzem a uma autorregulação mais eficaz (adesão à DIG) e monitorizar metas concretizáveis e desejadas pelo indivíduo, é sugerido que a autocompaixão possa estar relacionada com os comportamentos realizados pelos indivíduos com vista ao controlo da DC (Dowd & Jung, 2017). No desenvolvimento de competências autocompassivas em pessoas com DC, fomenta-se a qualidade de vida específica da DC e incentiva-se a autorregulação para cumprir a DIG, aumentando a adesão a este tratamento (Dowd & Jung, 2017). O estudo de Dunne, Sheffield e Chilcot (2016) constatou que hábitos alimentares saudáveis funcionam como um mediador parcial na relação entre compaixão e sintomas físicos. Este estudo é pioneiro, visto que demonstra evidências de que a autocompaixão é crucial para a adesão à DIG. De referir ainda, que a eficácia autorreguladora evitou consumos acidentais de glúten (Dowd et al., 2015). Deste modo, é pertinente fortalecer a eficácia autorreguladora com o intuito de auxiliar os indivíduos na gestão da DC (Dowd & Jung, 2017).

O presente estudo procurou explorar variáveis psicológicas como sintomas emocionais negativos de depressão, ansiedade e *stress*, vergonha associada à doença crónica e processos de regulação emocional, mais especificamente fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, evitamento experiencial, autocompaixão e autojulgamento, em pessoas com o diagnóstico de doença celíaca. Neste contexto foi ainda analisada a existência de diferenças

entre homens e mulheres no que respeita às variáveis em estudo. Foi ainda objetivo desta investigação averiguar quais as variáveis preditoras da vergonha associada à doença crónica nesta população. Por último, foi analisado o impacto desta doença em várias áreas da vida das pessoas por ela afetadas.

Métodos

Participantes

O presente estudo foi desenvolvido em pessoas com idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos, de ambos os sexos. A amostra foi constituída por 67 sujeitos, sendo que 60 (89.6%) eram do sexo feminino e 7 (10.4%) do sexo masculino, todos eles com o diagnóstico de doença celíaca autorreportado (não existiu consulta de processos médicos).

Instrumentos

De modo a obter informação acerca de variáveis sociodemográficas e clínicas foi elaborado especificamente para este estudo um questionário sociodemográfico e clínico.

Em relação aos restantes instrumentos de autorresposta que foram integrados no protocolo de avaliação de aspetos emocionais relacionados com a doença celíaca, realizou-se a seleção com base nos objetivos do estudo.

Questionário Sociodemográfico e Clínico

O questionário sociodemográfico englobou as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, zona de residência, anos de escolaridade concluídos e situação laboral. De forma a obter informações clínicas acerca da doença celíaca foi definido um conjunto de questões: “Há quanto tempo foi diagnosticado/a com doença celíaca?”; “Que idade tinha quando a doença foi diagnosticada” e, por fim, “Tem ou teve acompanhamento psicológico relacionado com a Doença Celíaca?”.

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF; Group, 1998; versão portuguesa de Vaz Serra et al., 2006). Este é um instrumento da Organização Mundial de Saúde que avalia a qualidade de vida. É constituído por 26 questões, sendo que duas delas são direcionadas à forma como as pessoas entendem a qualidade de vida e a saúde de uma forma geral. As restantes 24 estão divididas em quatro domínios: físico (do qual faz parte, por exemplo, o ponto 1: dor e desconforto – “Em que medida as suas dores “físicas” o (a) impedem

de fazer o que precisa de fazer”), psicológico (onde pertence, por exemplo, o ponto 8 sentimentos negativos - “Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?”), relações sociais (onde temos o exemplo do ponto 13 “relações pessoais”- “Até que ponto está satisfeito (a) com as suas relações pessoais?”) e meio ambiente (exemplo do ponto 23 “transporte”- “Até que ponto está satisfeito (a) com os transportes que utiliza?”). As respostas são dadas numa escala tipo Likert de 5 pontos e estão organizadas em: intensidade, capacidade, frequência e avaliação. Em relação ao instrumento original os valores do alfa de Cronbach estão compreendidos entre .66 e .84 (WHOQOL Group, 1998). No que diz respeito à versão portuguesa foram avaliados os domínios de forma individual, o que resultou nos seguintes alfas de Cronbach: .87 (Domínio Físico); .84 (Domínio Psicológico); .64 (Domínio Relações Sociais) e .78 (Domínio Ambiente) (Vaz Serra et al., 2006). No presente estudo foram utilizadas as subescalas relativas à qualidade de vida física, psicológica e das relações sociais, tendo estas revelado valores de alfa de Cronbach de .53, .65, e .83 respetivamente. Atendendo aos valores de consistência interna do domínio físico e psicológico procedeu-se a uma análise da confiabilidade de cada um dos itens e observou-se que no domínio físico a remoção do item 3 [“Em que medida as suas dores (físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa de fazer?”] e do item 4 (“Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?”), aumentavam o valor de alfa deste domínio para .86, pelo que foi utilizado o somatório dos demais itens nas análises subsequentes. De modo semelhante para o domínio psicológico verificou-se que a remoção do item 26 (“Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?”) conduzia a um aumento de o valor de alfa para .87. Tal como anteriormente indicado utilizou-se o somatório dos itens que compõem o domínio da qualidade de vida psicológica sem a inclusão deste item.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – 21 (EADS 21; Lovibond & Lovibond, 1995; versão Portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). Este instrumento corresponde a uma versão reduzida da escala original de 42 itens. A EADS-21, sendo uma medida mais reduzida, torna-se mais útil na aplicação clínica e em contexto de investigação. No que diz respeito à disposição dos itens, estão divididos em três escalas, como o próprio nome indica, Depressão (e.g., “Senti que a vida não tinha sentido”), Ansiedade (e.g., “Senti-me quase a entrar em pânico”) e Stress (e.g., “tive dificuldades em me acalmar”). Cada uma destas escalas é constituída por 7 itens, resultando num total de 21 itens. Os sujeitos inquiridos responderam às afirmações considerando o grau em que cada uma delas se lhes aplicou “na

semana passada”. As afirmações são respondidas segundo uma escala tipo Likert, sendo que há quatro opções de resposta “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes”, “aplicou-se a maior parte das vezes”. As pontuações mais altas em cada escala sugerem estados afetivos mais negativos. Em relação às propriedades psicométricas, os valores da consistência interna para a versão original foram: .91 (depressão); .84 (ansiedade) e .90 (*stress*) (Lovibond, & Lovibond, 1995). Já na versão portuguesa, obtidos através do alfa de Cronbach foram: .85 (depressão); .74 (ansiedade) e .81 (*stress*) (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). No presente estudo o valor encontrado foi .93 (depressão); .78 (ansiedade) e .92 (*stress*).

Self-Compassion Scale (SCS; Neff, 2003; versão portuguesa de Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). A Escala de Autocompaixão é composta por 26 itens, que estão divididos em 6 subescalas: calor/compreensão (e.g., “Tento ser carinhoso/a comigo próprio/a quando estou a sofrer emocionalmente”); Autocrítica (e.g., “Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspetos da minha personalidade que não gosto”); Humanidade comum (e.g., “Quando estou em baixo lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu”); Isolamento (e.g., “Quando falho nalguma coisa importante para mim tendo a sentir-me sozinho/a no meu fracasso”); *Mindfulness* (e.g., “Quando me sinto em baixo tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura”) e Sobreidentificação (e.g., “Quando alguma coisa dolorosa acontece tendo a exagerar a sua importância”). As respostas são avaliadas pelo sujeito segundo uma escala tipo Likert de 5 pontos, sendo que 1 corresponde a “quase nunca” e 5 “quase sempre”. No que diz respeito às propriedades psicométricas, o alfa de Cronbach da versão original foi .92 (Neff, 2003). Por sua vez, na versão portuguesa, foi .89 para o total, variando de .73 a .84 relativamente às subescalas (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). No que diz respeito ao presente estudo, o alfa encontrado para o índice compósito de autocompaixão foi de .95, e para o índice compósito de autojulgamento foi de .96.

Cognitive Fusion Questionnaire - Chronic Illness (CFQ-CI; Gillanders et al., 2014; versão portuguesa de Trindade, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2018). O Questionário de Fusão Cognitiva-Doença Crónica avalia o nível de fusão cognitiva, particularmente relacionada com o facto de ter um diagnóstico de doença crónica e respetiva sintomatologia. Este instrumento é constituído por 7 itens, que são avaliados através de uma escala tipo Likert de 5 pontos, sendo que 1 “nunca verdadeiro”, 2 “muito raramente verdadeiro”, 3 “raramente verdadeiro”, 4 “às vezes verdadeiro”, 5 “frequentemente verdadeiro”, 6 “quase sempre verdadeiro”, e 7 “sempre

verdadeiro”. São exemplos de itens “Os meus pensamentos em relação à minha doença perturbam-me ou causam-me sofrimento emocional” e “Vivo numa luta com os meus pensamentos acerca da minha doença e/ou sintomas”. No que diz respeito às propriedades psicométricas do instrumento, a consistência interna da versão original foi .97 (Gillanders et al., 2014), sendo este valor de .90 na versão portuguesa (Trindade, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2018a). Já no presente estudo o alfa obtido foi .95.

Acceptance and Action Questionnaire -II (AAQ-II; Bond et al, 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012). O AAQ-II tem como objetivo avaliar o evitamento experiencial (Bond et al., 2011). Este questionário é constituído por 7 itens, sendo que as respostas são avaliadas pelos sujeitos de acordo com uma escala tipo Likert de 7 pontos, sendo que 1 corresponde a “nunca verdadeiro” e 7 “sempre verdadeiro”. São exemplos de itens “Tenho medo dos meus sentimentos” e “As emoções originam problemas na minha vida”. Quanto mais alta for a pontuação, maior é o evitamento experiencial. No que diz respeito à sua consistência interna, medida através do alfa de Cronbach, o valor encontrado na versão original foi de .84 (Bond et al., 2011). Na versão portuguesa o valor do alfa de Cronbach foi .90 (Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012). Neste estudo o alfa encontrado foi .95.

Chronic Illness-related Shame Scale (CISS; Trindade, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2017). A Escala de Vergonha relacionada com a Doença Crónica tem como objetivo perceber o nível de vergonha externa e interna associados a uma doença crónica e respetiva sintomatologia. Esta escala é constituída por 7 itens, sendo que os sujeitos respondem a partir de uma escala de Likert de 5 pontos, sendo que 0 corresponde a “nunca verdadeiro” e 4 “sempre verdadeiro”. Como exemplo de itens apresentamos “Sinto-me inferior e desvalorizo-me devido à minha doença” e “Sinto que a minha doença é embaraçosa”. No que diz respeito às propriedades psicométricas, as consistências internas obtidas na versão original situam-se entre .91 e .93 (Trindade, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2017a). No presente estudo o alfa obtido foi .95.

Procedimentos

Foi solicitada a autorização dos diversos autores para a utilização dos instrumentos de autorresposta acima elencados. No que se refere aos critérios de inclusão definidos, estes consistiram em ter idade igual ou superior a 18 anos, e um diagnóstico de doença celíaca.

Para efeitos de recolha de dados foi contactada a Associação Portuguesa de Celíacos (APC). Tendo sido esta informada sobre o âmbito e os objetivos do estudo, foi solicitado que divulgasse o estudo junto dos seus associados, pelos meios que considerasse mais convenientes. A recolha de dados foi efetuada *online*, entre março e abril, sendo disponibilizado um *link* com acesso ao protocolo dos instrumentos de autorresposta. Uma vez acedido este *link* os participantes foram igualmente informados acerca do âmbito e objetivos do estudo. Foi assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados, sendo a participação de caráter voluntário. Os participantes deram o seu consentimento informado, visto que era uma condição obrigatória para prosseguirem para o preenchimento do protocolo.

Análise estatística

Os dados foram recolhidos através da plataforma *Google Docs*, de seguida foram transferidos para um ficheiro *Excel* e deste para uma base de dados no software estatístico *IBM SPSS Statistics* versão 25. Para efeitos de descrição da amostra no que respeita às variáveis sociodemográficas e clínicas utilizou-se estatística descritiva, procedendo-se ao cálculo de médias e desvios padrão das variáveis contínuas e frequências e percentagens das variáveis categoriais. As medidas de tendência central foram também calculadas para as diferentes variáveis em estudo, ou seja, para os sintomas de depressão, ansiedade e *stress* e para os processos de regulação emocional de fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, evitamento experiencial e índices compósitos de autocompaixão e de autojulgamento, bem como para a vergonha associada à doença crónica. Para efeitos de comparação de médias entre os participantes do sexo feminino e do sexo masculino, atendendo a que estes últimos se encontram representados por apenas 7 indivíduos procedeu-se ao cálculo do teste *Wilcoxon-Mann-Whitney*. Com o intuito de explorar a existência de associações entre as variáveis sociodemográficas idade e anos de escolaridade e a variável clínica duração do diagnóstico e as variáveis em estudo foram realizadas correlações de *Pearson*. A exploração de associações entre as variáveis foi igualmente realizada através do cálculo de correlações de *Pearson*. Nesta sequência foram conduzidas análises de regressão linear múltipla hierárquica com vista de averiguar a contribuição independente dos diferentes fatores preditores na explicação dos

sintomas emocionais negativos, da vergonha associada à doença crónica e dos domínios da qualidade de vida física e psicológica. Preliminarmente foram verificados os pressupostos para a realização destas análises. Ainda que o critério do tamanho da amostra não se observe (seria necessária uma amostra de 82 sujeitos, contemplando a presente amostra apenas 67 participantes), tratando-se de uma amostra clínica, prosseguiu-se com a análise atendendo a que não se verificou multicolinearidade (todas as variáveis independentes revelaram valores de tolerância superiores a .10 e de VIF inferior a 10) (Tabachnick & Fidell, 2007). Adicionalmente não se observaram violações severas da normalidade uma vez que os valores de assimetria $|< 3|$ e de achatamento $|< 10|$ (Kline, 2005). No que se refere às correlações foram seguidas as recomendações de Pallant (2013), considerando uma correlação baixa (r entre .10 e .29), moderada (r entre .30 e .49) e elevada (r entre .50 e 1). Em todas as análises foi considerado o nível de significância $p < .05$.

Resultados

No que concerne a caracterização sociodemográfica dos 67 participantes, a média de idades foi de 36.99 anos ($DP = 11.23$). No que diz respeito ao estado civil, 38 (56.7%) sujeitos são casados (as)/união de facto, 26 (38.8%) são solteiros, 2 (3%) são divorciados (as) e apenas 1 indivíduo (1.5%) é viúvo. Os participantes residem maioritariamente em meio urbano ($n = 54$; 80.6%) e 13 (19.4%) vivem em meio rural. Em termos de anos de escolaridade observou-se uma média de 14.96 ($DP = 3.17$). No que se refere à situação laboral 50 participantes (74.6%) encontram-se empregados, 8 (11.9%) são estudantes, 6 (9%) estão desempregados e, por último, 3 (4.5%) dos respondentes encontram-se já reformados.

Relativamente à duração do diagnóstico constatou-se que os participantes haviam sido diagnosticados com doença celíaca entre 1 a 37 anos, correspondendo a média a 9.04 ($DP = 9.90$) anos. Em média, os participantes foram diagnosticados quando tinham 28.19 ($DP = 15.57$) anos.

Em relação ao acompanhamento psicológico relacionado com a doença 3 pessoas (4.5%) revelam ter tido apoio e 64 (95.5%) não tiveram.

Apresentam-se, de seguida, os valores médios das variáveis em estudo, quer dos sintomas emocionais negativos, dos domínios físico e psicológico da qualidade de vida, e da vergonha associada à doença crónica, quer dos processos de regulação emocional. Os resultados obtidos são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

Médias e desvios padrão para variáveis em estudo em pessoas com doença celíaca

	Amostra (<i>N</i> = 67)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>
EADS-21 (Depressão)	5.96	5.43
EADS-21 (Ansiedade)	5.39	4.14
EADS-21 (<i>Stress</i>)	8.30	5.15
TWD1 (Físico)	18.21	4.29
TWD2 (Psicológico)	19.06	4.10
TWD3 (Relações Sociais)	62.19	23.45
CFQ-CI	16.28	9.52
AAQ-II	19.40	11.30
SCS_COMP	38.99	11.66
SCS_JULG	34.16	13.41
CISS	7.27	8.23

Nota. EADS-21 = Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress*; TWD1 = Qualidade de vida Física; TWD2 = Qualidade de vida Psicológica; TWD3 = Qualidade de vida Relações Sociais; CFQ-CI = *Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness*; AAQ-II = *Acceptance and Action Questionnaire-II*; SCS-Comp = *Self- Compassion Scale- Self-Compassion*; SCS-Julg = *Self- Compassion Scale-self-Judgment*; CISS = *Chronic Illness-related Shame Scale*.

Tendo sido exploradas as diferenças entre homens e mulheres relativamente a estas variáveis não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas em nenhuma delas ($p > .05$).

Os resultados das análises de correlação entre as variáveis em estudo (análise preliminar para a posterior realização de análises de regressão) são apresentados na Tabela 2. De referir que se observaram correlações estatisticamente significativa entre elas, à exceção da associação entre o índice compósito de autocompaixão e os sintomas de ansiedade. Adicionalmente, procurou-se apurar a existência de associações entre as características sociodemográficas (idade e anos de escolaridade), o tempo de diagnóstico e as variáveis em estudo. Os resultados demonstraram que apenas existia uma correlação negativa estatisticamente significativa entre o tempo de diagnóstico e a vergonha relacionada com a doença crónica ($r = -.29$; $p < .050$).

Tabela 2

Correlação entre as variáveis depressão, ansiedade, stress, os domínios físico e psicológico da qualidade de vida, fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, evitamento experiencial, vergonha associada à doença crónica e índices compósitos de autocompaixão e autojulgamento

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. EADS-21 (Depressão)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. EADS-21 (Ansiedade)	.65**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3.EADS-21 (Stress)	.83**	.73**	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4.TWD1	-.72**	-.48**	-.61**	—	—	—	—	—	—	—	—
5.TWD2	-.75**	-.53**	-.61**	.85**	—	—	—	—	—	—	—
6.TWD3	-.68**	-.54**	-.60**	.75**	.83**	—	—	—	—	—	—
7.CFQ-CI	.55**	.42**	.50**	-.44**	-.41**	-.35**	—	—	—	—	—
8.AAQ_II	.68**	.44**	.67**	-.61**	-.63**	-.55**	.60**	—	—	—	—
9.SCS_Comp	-.34**	-.20	-.40**	.39**	.47**	.30*	-.13	-.38**	—	—	—
10.SCS_Julg	.75**	.52**	.72**	-.60**	-.65**	-.57**	.55**	.84**	-.36**	—	—
11. CISS	.56**	.39**	.53**	-.46**	-.46**	-.35**	.85**	.65**	-.21**	.59**	—

Nota. EADS-21 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; TWD1 = Qualidade de vida Física; TWD2 = Qualidade de vida Psicológica; TWD3 = Qualidade de vida Relações Sociais; CFQ_CI = *Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness*; AAQ-II = *Acceptance and Action Questionnaire- II*; SCS-Comp = *Self- Compassion Scale- Self-Compassion*; SCS-Julg = *Self- Compassion Scale- self-Judgment*; CISS = *Chronic Illness-related Shame Scale*.

* $p < .05$; ** $p < 0.01$.

De modo a identificar quais os preditores dos sintomas depressivos em pessoas com doença celíaca, procedeu-se ao cálculo da regressão linear múltipla. Os processos de regulação emocional de fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, o evitamento experiencial, e os índices compósitos de autocompaixão e de autojulgamento foram inseridos como preditores no primeiro bloco e a vergonha relacionada com a doença crónica inserida no segundo bloco. O primeiro bloco explicou 57% da variância dos sintomas depressivos e o segundo bloco não contribuiu para o aumento da variância, não se revelando significativo.

Tabela 3

Análise de Regressão linear múltipla utilizando a fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, o evitamento experiencial, os índices compósitos de autocompaixão e autojulgamento e a vergonha relacionada com a doença crónica como preditores dos sintomas depressivos

Preditores	<i>r</i>	<i>R²Ajustado</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Modelo 1	.77	.57	22.85	< .001			
CFQ-CI					.19	1.81	.075
AAQ-II					.07	.45	.653
SCS-Comp					-.08	-.10	.322
SCS-Julg					.56	3.72	<.001
Modelo 2	.77	.56	.03	.875			
CFQ-CI					.17	1.07	.287
AAQ-II					.07	.42	.678
SCS-Comp					-.09	-.98	.331
SCS-Julg					.55	3.67	.001
CISS					.03	.16	.875

Nota. CFQ-CI = *Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness*; AAQ-II = *Acceptance and Action Questionnaire- II*; SCS-Comp = *Self- Compassion Scale- Self-Compassion*; SCS-Julg = *Self- Compassion Scale- self-Judgment*; CISS = *Chronic Illness-related Shame Scale*.

Uma análise mais detalhada dos diferentes preditores indicou que apenas o índice compósito de autojulgamento se mostrou significativo ($\beta = .55$; $p = .001$).

Seguidamente foi conduzida uma análise semelhante considerando num primeiro bloco a fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, o evitamento experiencial, e o índice compósito de autojulgamento e num segundo bloco a vergonha relacionada com a doença crónica, na predição dos sintomas ansiosos. O primeiro bloco explicou 27% da variância dos sintomas depressivos e o segundo bloco não contribui para o aumento da variância deste tipo de sintomas, não se mostrando significativo.

Tabela 4

Análise de Regressão linear múltipla utilizando a fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, o evitamento experiencial, o índice compósito de autojulgamento e a vergonha relacionada com a doença crónica como preditores dos sintomas ansiosos

Preditores	<i>r</i>	<i>R</i> ² Ajustado	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Modelo 1	.55	.27	8.94	< .001			
CFQ-CI					.22	1.62	.110
AAQ-II					-.10	-.48	.631
SCS-Julg					.48	2.48	.016
Modelo 2	.55	.26	.13	.718			
CFQ-CI					.27	1.34	.186
AAQ-II					-.09	-.41	.683
SCS-Julg					.49	2.49	.016
CISS					-.08	-.36	.718

Nota. CFQ-CI = *Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness*; AAQ-II = *Acceptance and Action Questionnaire- II*; SCS-Julg = *Self- Compassion Scale- self-Judgment*; CISS = *Chronic Illness-related Shame Scale*.

Também no que respeita aos sintomas de ansiedade, o único preditor que se mostrou significativo foi o autojulgamento ($\beta = .49$; $p = .016$).

Por último, procurou-se apurar, em relação aos sintomas de *stress* nas pessoas com doença celíaca, quais as variáveis preditoras. Os processos de regulação emocional de fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, o evitamento experiencial, e os índices compósitos de autocompaixão e de autojulgamento foram inseridos como preditores no primeiro bloco e a vergonha relacionada com a doença crónica inserida no segundo bloco. O primeiro bloco explicou 54% da variância dos sintomas de *stress* e, uma vez mais, o segundo bloco não contribuiu para o aumento da variância destes sintomas, não se mostrando significativo.

Tabela 5

Análise de Regressão linear múltipla utilizando a fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, o evitamento experiencial, os índices compósitos de autocompaixão e autojulgamento e a vergonha relacionada com a doença crónica como preditores dos sintomas de stress

Preditores	<i>r</i>	<i>R</i>²<i>Ajustado</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Modelo 1	.75	.54	20.24	< .001			
CFQ-CI					.14	1.29	.201
AAQ-II					.12	.72	.473
SCS-Comp					-.16	-1.75	.085
SCS-Julg					.49	3.17	.002
Modelo 2	.75	.53	.06	.812			
CFQ-CI					.11	.67	.504
AAQ-II					.11	.67	.506
SCS-Comp					-.16	-1.72	.091
SCS-Julg					.49	3.13	.003
CISS					.04	.24	.812

Nota. CFQ-CI = *Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness*; AAQ-II = *Acceptance and Action Questionnaire- II*; SCS-Comp = *Self- Compassion Scale- Self-Compassion*; SCS-Julg = *Self- Compassion Scale- self-Judgment*; CISS *Chronic Illness-related Shame Scale*.

Na sequência do padrão encontrado para os sintomas emocionais negativos de depressão e de ansiedade, também para os sintomas de *stress* o único preditor significativo foi o autojulgamento (índice compósito de autocriticismo, isolamento e sobreidentificação), ($\beta = .49$; $p = .003$).

Por último, considerou-se a vergonha relacionada com a doença crónica como variável dependente e o tempo de diagnóstico (dado que este se mostrou correlacionado com a vergonha; $r = -.29$; $p = .020$) e os processos de regulação emocional como variáveis preditoras.

Tabela 6

Análise de Regressão linear múltipla utilizando o tempo de diagnóstico, a fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, o evitamento experiencial, o índice composto de autojulgamento como preditores dos níveis de vergonha relacionada com a doença crónica

Preditores	<i>r</i>	<i>R</i>²<i>Ajustado</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Modelo 1	.29	.07	5.73	.020			
Tempo diagnóstico					-.29	-2.39	.020
Modelo 2	.87	.74	57.05	< .001			
Tempo diagnóstico					-.09	-1.42	.159
CFQ-CI					.69	8.57	< .001
AAQ-II					.18	1.51	.137
SCS-Julg					.05	.40	.689

Nota. CFQ-CI = *Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness*; AAQ-II = *Acceptance and Action Questionnaire- II*; SCS-Julg = *Self- Compassion Scale- self-Judgment*.

A análise de regressão possibilitou a identificação da fusão cognitiva relacionada com a doença crónica como o único preditor significativo da vergonha associada à doença ($\beta = .69$; $p < .001$).

De modo a identificar quais os preditores do Domínio Físico em pessoas com doença celíaca, procedeu-se ao cálculo da regressão linear múltipla. Os índices compostos de autojulgamento e autocompaixão, os processos de regulação emocional de fusão cognitiva relacionada com a doença crónica e o evitamento experiencial foram inseridos como preditores no primeiro bloco e a vergonha relacionada com a doença crónica inserida no segundo bloco. O primeiro bloco explicou 40% da variância do Domínio Físico e o segundo bloco não contribuiu para o aumento da variância deste domínio.

Tabela 7

Análise de Regressão linear múltipla utilizando os índices compósitos de autojulgamento e autocompaixão, a fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, o evitamento experiencial e a vergonha relacionada com a doença crónica como preditores do Domínio Físico

Preditores	<i>r</i>	<i>R</i>²<i>Ajustado</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Modelo 1	.66	.40	11.84	< .001			
CFQ-CI					-.10	-.55	.582
AAQ-II					-.24	-1.25	.216
SCS-Comp					.18	1.71	.093
SCS-Julg					-.27	-1.51	.137
Modelo 2	.66	.39	.02	.899			
CFQ-CI					-.10	-.55	.582
AAQ-II					-.24	-1.25	.216
SCS-Comp					.18	1.71	.093
SCS-Julg					-.27	-1.51	.137
CISS					-.03	-.13	.899

Nota. CFQ-CI = *Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness*; AAQ-II = *Acceptance and Action Questionnaire- II*; SCS-Comp = *Self- Compassion Scale- Self-Compassion*; SCS-Julg = *Self- Compassion Scale- self-Judgment*; CISS = *Chronic Illness-related Shame Scale*.

Ao realizar a análise de regressão verificou-se que não se observou, entre as variáveis consideradas, nenhum preditor da qualidade de vida física.

No que diz respeito aos preditores do Domínio Psicológico em pessoas com doença celíaca, procedeu-se novamente ao cálculo da regressão linear múltipla. Os processos de regulação emocional de fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, o evitamento experiencial e os índices compósitos autocompaixão e de autojulgamento foram inseridos como preditores no primeiro bloco e a vergonha relacionada com a doença crónica inserida no segundo bloco. O primeiro bloco explicou 37% da variância do Domínio Psicológico e o segundo bloco não contribui para a variância deste domínio.

Tabela 8

Análise de Regressão linear múltipla utilizando a fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, o evitamento experiencial, os índices compósitos de autocompaixão e autojulgamento e a vergonha relacionada com a doença crónica como preditores do Domínio Psicológico

Preditores	<i>r</i>	<i>R</i>²<i>Ajustado</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Modelo 1	.71	.47	15.76	< .001			
CFQ-CI					-.07	-.57	.570
AAQ-II					-.20	-1.13	.264
SCS-Comp					.26	2.69	.009
SCS-Julg					-.35	-2.13	.037
Modelo 2	.71	.46	.05	.821			
CFQ-CI					-.04	-.21	.838
AAQ-II					-.19	-1.07	.289
SCS-Comp					.26	2.65	.010
SCS-Julg					-.35	-2.10	.040
CISS					-.04	-.23	.821

Nota. CFQ-CI = *Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness*; AAQ-II = *Acceptance and Action Questionnaire- II*; SCS-Comp = *Self- Compassion Scale- Self-Compassion*; SCS-Julg = *Self- Compassion Scale- self-Judgment*; CISS = *Chronic Illness-related Shame Scale*.

Ao realizar a análise de regressão verificou-se que os preditores significativos da qualidade de vida psicológica foram o autojulgamento ($\beta = -.35$; $p = .040$) e a autocompaixão ($\beta = .26$; $p = .010$).

Relativamente aos preditores do Domínio das Relações Sociais, realizou-se o cálculo da regressão linear múltipla. Tal como anteriormente, os processos de regulação emocional de fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, o evitamento experiencial e os índices compósitos autocompaixão e de autojulgamento foram inseridos como preditores no primeiro bloco e a vergonha relacionada com a doença crónica inserida no segundo bloco. O primeiro bloco explicou 31% da variância do Domínio das Relações Sociais e o segundo bloco não contribui para a variância deste domínio.

Tabela 9

Análise de Regressão linear múltipla utilizando os índices compósitos de autojulgamento e autocompaixão, a fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, o evitamento experiencial e a vergonha relacionada com a doença crónica como preditores do Domínio das Relações Sociais

Preditores	<i>r</i>	<i>R</i>²<i>Ajustado</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Modelo 1	.60	.31	8.41	< .001			
CFQ-CI					-.02	-.17	.863
AAQ-II					-.22	-1.08	.286
SCS-Comp					.09	.83	.408
SCS-Julg					-.35	-1.82	.073
Modelo 2	.60	.30	.45	.504			
CFQ-CI					-.12	-.62	.539
AAQ-II					-.24	-1.17	.248
SCS-Comp					.10	.87	.389
SCS-Julg					-.35	-1.85	.069
CISS					.14	.67	.504

Nota. CFQ-CI = *Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness*; AAQ-II = *Acceptance and Action Questionnaire- II*; SCS-Comp = *Self- Compassion Scale- Self-Compassion*; SCS-Julg = *Self- Compassion Scale- self-Judgment*; CISS = *Chronic Illness-related Shame Scale*.

Como se pode observar na Tabela 9 nenhuma das variáveis inseridas como preditoras se revelou significativa para a predição do domínio das Relações Sociais.

No que se refere às áreas da vida que os participantes consideram ser mais afetadas pela sua doença, observa-se que a vida social/convívio com amigos e as atividades de lazer/*hobbies* são aquelas que evidenciam valores médios mais elevados. Por sua vez a área das relações íntimas/amorosas parece ser aquela que menos sofre influência da doença celíaca.

Tabela 10

Médias e desvios padrão para as variáveis do impacto nas áreas da vida em pessoas com doença celíaca

	Amostra (<i>N</i> = 67)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>
Estudos/trabalho	3.54	2.57
Vida social/ convívio com amigos	5.48	3.17
Relações familiares	3.75	2.88
Relações íntimas/amorosas	3.24	2.78
Atividades de lazer/hobbies	4.70	3.13

Tendo sido exploradas as diferenças entre homens e mulheres relativamente a estas variáveis não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas em nenhuma delas ($p > .05$)

Discussão

O presente estudo teve como objetivos abordar variáveis psicológicas como a sintomatologia depressiva, ansiosa e de *stress*, a qualidade de vida física, psicológica, das relações sociais e a vergonha associada à doença crónica, explorando o papel preditor de processos de regulação emocional como o evitamento experiencial, a fusão cognitiva, a autocompaixão e o autojulgamento em indivíduos com Doença Celíaca. Adicionalmente, pretendeu-se identificar quais as áreas de vida afetadas por esta doença e averiguar a existência de diferenças entre homens e mulheres relativamente a estas.

Neste estudo os participantes apresentaram uma média de idades semelhante à reportada nos estudos de Sainsbury, Mullan e Sharpe (2013) e de Ciacchi et al. (2003). No entanto, noutros estudos foram utilizadas amostras mais velhas e com uma idade superior aquando do diagnóstico da doença (e.g., Rampertab, Pooran, Brar, Singh, & Green, 2006; Oza et al., 2016). Ainda que não se tenha verificado uma relação da idade com as variáveis estudadas, observou-se que a duração do diagnóstico se mostrou associada aos níveis de vergonha na presente amostra. Estudos futuros poderão clarificar o papel da duração do diagnóstico, mais precisamente na identificação de eventuais etapas do processo de doença que

possam evidenciar a existência de diferenças relativamente à forma como os sujeitos se percebem (por exemplo, sentimentos de isolamento, inferioridade, embaraço).

Ao considerar os sintomas psicopatológicos de depressão, ansiedade e stress verificou-se que o índice compósito de autojulgamento surge como o único preditor significativo deste tipo de sintomas. Tal sugere que quanto mais o paciente se autocritica, isola e sobreidentifica com a sua doença, mais elevados são os sintomas de depressão, ansiedade e stress. Este dado havia sido já reportado num estudo comparativo de um grupo de sujeitos com doença crónica com controlos saudáveis e de pacientes com cancro, tendo sido identificado o autojulgamento também como o único preditor significativo dos sintomas de depressão e de stress no grupo de pessoas com doença crónica (Pinto-Gouveia, Duarte, Matos & Fráguas, 2014). No mesmo sentido, desta vez numa amostra de pacientes com diabetes tipo 2, Kane, Hoogendoorn, Tanenbaum e Gonzalez (2018) referiram que os aspetos negativos da autocompaixão, ou seja, o autojulgamento, se encontravam associados com o *stress* relacionado com a diabetes. Na sequência destes dados, o recurso a abordagens terapêuticas que promovam a diminuição do autojulgamento, como por exemplo a Terapia Focada na Compaixão (TFC), podem ser úteis para estes pacientes. Adicionalmente a TFC tem vindo a ser apontada como uma terapia com efeitos positivos na depressão, ansiedade e *stress* (Leaviss, & Uttley, 2014), conduzindo a uma melhoria do bem-estar e da redução do *stress* em pacientes com doença crónica (Sirois & Rowse, 2016).

Outro resultado que, no nosso entender, foi interessante apurar teve a ver com o facto de a fusão cognitiva associada à doença crónica surgir como preditor significativo da vergonha associada à doença. Quanto maior é o grau de fusão com pensamentos relacionados com a doença, maior o nível de vergonha experienciado. Este resultado havia já sido sugerido no estudo de Trindade et al. (2018a), no qual se verificou que os efeitos da vergonha na saúde psicológica são moderadamente mediados pelos mecanismos de fusão cognitiva associados à doença crónica. Assim, o facto de estar fusionado com pensamentos relacionados com a doença crónica associa-se ao aumento da vergonha relacionada com esta. A fusão com pensamentos como “ninguém compreende a minha doença”, aparenta estar relacionada com menores níveis de bem-estar psicológico (Hayes et al., 2012). Efetivamente quando os pacientes se fusionam com pensamentos relacionados com a ideia de ter uma doença crónica, a vergonha parece ter uma maior influência na saúde mental (Trindade et al., 2018b).

No que diz respeito à qualidade de vida, optámos por analisar os domínios físico, psicológico, e das relações sociais, este último particularmente pelo facto de ter sido mencionado pelos sujeitos como a área de vida mais afetada pela DC. Relativamente aos

domínios físico e psicológico houve necessidade de remoção de itens que comprometiam a confiabilidade destas medidas. Os itens eliminados da análise parecem não se adequar à DC, atendendo a que o seu conteúdo diz respeito à experiência de dor e da exigência de cuidados médico para a realização das rotinas diárias. No domínio psicológico foi removido um item relacionado com a experiência de emoções tristeza, ou desespero. Assim, verificámos que, entre os processos de regulação emocional considerados não existia nenhum preditor significativo da qualidade de vida física e que a vergonha associada à doença crónica não apresentava, igualmente, um papel preditor. Por outro lado, na análise de regressão linear relativa à qualidade de vida psicológica o autojulgamento e a autocompaixão atuaram como preditores significativos. Neste sentido, o desenvolvimento de competências de autocompaixão pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida em pacientes com DC, não apenas em termos da qualidade de vida psicológica, mas também no aumento da adesão à DIG (Dowd & Jung, 2017). Com efeito, tem vindo a ser defendido que a autocompaixão se associa a uma maior adesão a tratamentos médicos em pacientes com doença crónica, por exemplo com fibromialgia, fadiga crónica e cancro (Sirois & Hirsch, 2019), ainda que este efeito pareça manifestar-se através de uma diminuição dos sintomas de *stress*. Apesar dos resultados do presente estudo estarem de acordo com os reportados noutras investigações, é de referir que uma limitação importante teve a ver com o uso de uma medida de qualidade de vida geral. De facto, o recurso a um instrumento de qualidade de vida específico da DC deverá ser equacionado em estudos futuros de modo a possibilitar uma análise mais fidedigna. Para além disso, no presente estudo não foi avaliada a adesão à DIG, sendo esta uma variável relevante para a qualidade de vida destes pacientes, dado que a adesão à dieta melhora a qualidade de vida relacionada com a saúde (Burguer et al., 2017).

Relativamente à qualidade de vida no domínio das relações sociais, apesar de os participantes terem considerado esta como uma das áreas mais afetadas pela DC, observou-se que os processos de regulação emocional e a vergonha associada à doença crónica não contribuíram para a sua explicação. Uma vez mais podemos hipotetizar que este resultado pode ter sofrido influência do instrumento de avaliação da qualidade de vida, sendo esta uma área a ser abordada em investigações futuras.

Ao explorar as áreas de vida afetadas pela DC, tal como acima indicado a vida social/convívio com amigos e as atividades de lazer/ *hobbies* foram apontadas como as mais relevantes. A área das relações íntimas/ amorosas é aquela que menos sofre influência da DC. O estudo de Sverker, Östlund, Hallert, e Hensing, (2009) demonstra como a DIG pode ser vivenciada de formas diferentes no dia-a-dia em pessoas com a DC, por exemplo através da

tristeza, irritabilidade, sentimento de ser diferente (nomeadamente no contexto social) e vergonha devido às restrições alimentares (mais frequente no caso das mulheres) (Hallert, Sandlund, & Broqvist, 2003). O facto de viver com a DC apresentou consequências na vida social para todos os participantes, de ambos os sexos, que foram exacerbadas pelas restrições alimentares que a DIG implica (Hallert et al., 2003).

Para além das limitações que já foram sendo referidas, e que devem ser tidas em conta na compreensão dos resultados, é também importante acrescentar que o estudo foi realizado numa amostra de dimensão reduzida e pode não garantir a representatividade desejada. Como tal, em estudos futuros seria pertinente aumentar o número de participantes no geral e em particular os do sexo masculino. Outra limitação a considerar é o formato online da recolha de dados, não tendo havido consulta de processos médicos e sendo o diagnóstico de DC autorreportado.

Apesar das limitações elencadas, este estudo trouxe novos contributos, uma vez que construtos como os processos de regulação emocional se encontram ainda pouco explorados em pessoas com DC. De modo semelhante, ainda que a vergonha seja uma variável psicológica abordada na DC, neste estudo esta foi avaliada por recurso a um instrumento mais específico no qual os sentimentos de vergonha se relacionam particularmente com o facto de ter uma doença crónica.

Por último, vários estudos referem a importância do apoio psicológico dirigido a pessoas com DC (Addolorato, 2001; Addolorato et al., 2004; Zarkadas et al., 2006), e os dados do presente estudo apontam para a relevância de integrar nestas intervenções a abordagem do autojulgamento e da fusão cognitiva enquanto processos de regulação emocional como papel na sintomatologia psicopatológica e na vergonha experienciada.

Referências Bibliográficas

- Addolorato, G. (2001). Anxiety but not depression decreases in coeliac patients after one-year gluten-free diet: a longitudinal study. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 36(5), 502-506. doi:10.1080/00365520119754
- Addolorato, G., De Lorenzi, G., Abenavoli, L., Leggio, L., Capristo, E., & Gasbarrini, G. (2004). Psychological support counselling improves gluten-free diet compliance in coeliac patients with affective disorders. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 20(7), 777–782. doi:10.1111/j.1365-2036.2004.02193.x
- Addolorato, G., Leggio, L., D'Angelo, C., Mirijello, A., Ferrulli, A., Cardone, S., ... & Piano, S. (2008). Affective and psychiatric disorders in celiac disease. *Digestive diseases*, 26(2), 140-148. doi: 10.1159/000116772
- Associação Portuguesa de Celíacos. (s.d.) *Prevalência e Incidência*. Retrieved from <https://www.celiacos.org.pt/doenca-celiaca/prevalencia.html>
- Bai, D., Brar, P., Holleran, S., Ramakrishnan, R., & Green, P. H. R. (2005). Effect of gender on the manifestations of celiac disease: Evidence for greater malabsorption in men. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 40(2), 183–187. doi:10.1080/00365520510011498
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007
- Burger, J. P., de Brouwer, B., IntHout, J., Wahab, P. J., Tummers, M., & Drenth, J. P. (2017). Systematic review with meta-analysis: Dietary adherence influences normalization of health-related quality of life in coeliac disease. *Clinical nutrition*, 36(2), 399-406. doi: 10.1016/j.clnu.2016.04.021
- Butterworth, J., & Los, L. (2019). Coeliac disease. *Medicine*, 47(5), 314-319. doi:10.1016/j.mpmed.2019.02.003
- Castilho, P., & Gouveia, J. P. (2011). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, (54), 203-230.
- Catassi, C., & Lionetti, E. (2019). Celiac Disease. In *Reference Module in Biomedical Sciences* (2nd ed., pp. 1–3). Elsevier. doi.org/10.1016/B978-0-12-801238-3.65624-6

- Celiac Disease Foundation. (s.d.). *What is Celiac Disease?*. Retrieved from <https://celiac.org/about-celiac-disease/what-is-celiac-disease/>
- Ciacchi, C., D'agate, C., De Rosa, A., Franzese, C., Errichiello, S., Gasperi, V., ... & Greco, L. (2003). Self-rated quality of life in celiac disease. *Digestive diseases and sciences*, 48(11), 2216-2220. doi:10.1023/b:ddas.0000004530.11738.a
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871–890. doi:10.1002/jclp.20400
- Cossu, G., Carta, M. G., Contu, F., Mela, Q., Demelia, L., Elli, L., & Dell'Osso, B. (2017). Coeliac disease and psychiatric comorbidity: epidemiology, pathophysiological mechanisms, quality-of-life, and gluten-free diet effects. *International Review of Psychiatry*, 29(5), 489–503. doi:10.1080/09540261.2017.1314952
- Dahl, J., Lundgren, T., Plumb, J., & Stewart, I. (2009). *The Art and Science of Valuing in Psychotherapy: Helping Clients Discover, Explore, and Commit to Valued Action Using Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Dowd, A. J., Jung, M. E., Chen, M. Y., & Beauchamp, M. R. (2015). Prediction of adherence to a gluten-free diet using protection motivation theory among adults with coeliac disease. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 29(3), 391–398. doi:10.1111/jhn.12321
- Dowd, A. J., & Jung, M. E. (2017). Self-compassion directly and indirectly predicts dietary adherence and quality of life among adults with celiac disease. *Appetite*, 113, 293–300. doi:10.1016/j.appet.2017.02.023
- Dunne, S., Sheffield, D., & Chilcot, J. (2016). Brief report: Self-compassion, physical health and the mediating role of health-promoting behaviours. *Journal of Health Psychology*, 23(7), 993–999. doi:10.1177/1359105316643377
- Flamez, B., Clark, A. A., & Sheperis, C. J. (2013). Celiac Disease: Psychological, Developmental, and Family Counseling Issues. *The Family Journal*, 22(2), 226–230. doi:10.1177/1066480713515407
- Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualization and overview with treatment implications. In P. Gilbert, & J. Miles (Eds.), *Body Shame: Conceptualization, Research and Treatment* (pp. 3–47). Londres: Routledge.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (ed), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp.263–325). New York: Routledge.

- Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security. In J. L. Tracy, R. W. Robins & J. P. Tangney (Eds.), *The Self-Conscious Emotions: Theory and Research* (pp. 283–309). New York: Guilford Press.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83–101. doi: 10.1016/j.beth.2013.09.001
- Gottlieb, K., Dawson, J., Hussain, F., & Murray, J. A. (2015). Development of drugs for celiac disease: review of endpoints for Phase 2 and 3 trials. *Gastroenterology Report*, 3(2), 91–102. doi:10.1093/gastro/gov006
- Green, P. H. R., & Cellier, C. (2007). Celiac Disease. *New England Journal of Medicine*, 357(17), 1731–1743. doi:10.1056/nejmra071600
- Hall, N. J., Rubin, G., & Charnock, A. (2009). Systematic review: adherence to a gluten-free diet in adult patients with coeliac disease. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 30(4), 315–330. doi:10.1111/j.1365-2036.2009.04053.x
- Hallert, C., Sandlund, O., & Broqvist, M. (2003). Perceptions of health-related quality of life of men and women living with coeliac disease. *Scandinavian journal of caring sciences*, 17(3), 301–307. doi: 10.1046/j.1471-6712.2003.00228.x
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. doi:10.1037/0022-006x.64.6.1152
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). Acceptance and commitment therapy: *The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Kane, N. S., Hoogendoorn, C. J., Tanenbaum, M. L., & Gonzalez, J. S. (2018). Physical symptom complaints, cognitive emotion regulation strategies, self-compassion and diabetes distress among adults with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 35(12), 1671–1677. doi: 10.1111/dme.13830

- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2014). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(05), 927–945. doi:10.1017/s0033291714002141
- Leonard, M. M., Sapone, A., Catassi, C., & Fasano, A. (2017). Celiac Disease and Nonceliac Gluten Sensitivity. *JAMA*, 318(7), 647. doi:10.1001/jama.2017.9730
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Ludvigsson, J. F., Card, T., Ciclitira, P. J., Swift, G. L., Nasr, I., Sanders, D. S., & Ciacchi, C. (2015). Support for patients with celiac disease: A literature review. *United European gastroenterology journal*, 3(2), 146-159. doi: 10.1177/2050640614562599
- Mariné, M., Farre, C., Alsina, M., Vilar, P., Cortijo, M., Salas, A., ... Esteve, M. (2011). The prevalence of coeliac disease is significantly higher in children compared with adults. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 33(4), 477–486. doi:10.1111/j.1365-2036.2010.04543.x
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(4), 299–312. doi:10.1002/cpp.659
- MedicineNet. (2018). *Medical Definition of Chronic disease*. Retrieved from <https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=33490>
- Melicharova, J. , Slavik, M. , & Cervinkova, M. (2016). Psychological Aspects in Celiac Disease: Step by Step from Symptoms to Daily Life with Celiac Disease. *International Journal of Celiac Disease*, 4(2), 64-67. doi: 10.12691/ijcd-4-2-3
- Nachman, F., del Campo, M. P., González, A., Corzo, L., Vázquez, H., Sfoggia, C., ... Bai, J. C. (2010). Long-term deterioration of quality of life in adult patients with celiac disease is associated with treatment noncompliance. *Digestive and Liver Disease*, 42(10), 685–691. doi:10.1016/j.dld.2010.03.004
- Neff, K. (2003). The development and validation of a scale to measure self- compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. doi: 10.1080/15298860390209035
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274. doi: 10.1007/s12671-015-0479-3
- Neff, K. D. (2019). Setting the record straight about the Self-Compassion Scale. *Mindfulness*, 10(1), 200-202. doi: 10.1007/s12671-018-1061-6

- Oza, S. S., Akbari, M., Kelly, C. P., Hansen, J., Theethira, T., Tariq, S., ... Leffler, D. A. (2016). Socioeconomic Risk Factors for Celiac Disease Burden and Symptoms. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 50(4), 307–312. doi:10.1097/mcg.0000000000000366
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 5(2), 229-239.
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (5th ed.). Crows Nest, NSW: Allen & Unwin.
- Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Validation of the Portuguese Version of Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II). *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(2), 139-156.
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M., & Fráguas, S. (2014). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(4), 311-323. doi.org/10.1002/cpp.1838
- Rampertab, S. D., Pooran, N., Brar, P., Singh, P., & Green, P. H. (2006). Trends in the presentation of celiac disease. *The American journal of medicine*, 119(4), 355-e9. doi: 10.1016/j.amjmed.2005.08.044
- Sainsbury, K., Mullan, B., & Sharpe, L. (2013). Gluten free diet adherence in coeliac disease. The role of psychological symptoms in bridging the intention–behaviour gap. *Appetite*, 61, 52-58. doi: 10.1016/j.appet.2012.11.001
- Sainsbury, K., Halmos, E. P., Knowles, S., Mullan, B., & Tye-Din, J. A. (2018). Maintenance of a gluten free diet in coeliac disease: The roles of self-regulation, habit, psychological resources, motivation, support, and goal priority. *Appetite*, 125, 356–366. doi:10.1016/j.appet.2018.02.023
- Siniscalchi, M., Iovino, P., Tortora, R., Forestiero, S., Somma, A., Capuano, L., ... Ciacchi, C. (2005). Fatigue in adult coeliac disease. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 22(5), 489–494. doi:10.1111/j.1365-2036.2005.02619.x
- Sirois, F. M., Kitner, R., & Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, affect, and health-promoting behaviors. *Health Psychology*, 34(6), 661–669. doi:10.1037/hea0000158
- Sirois, F. M., Molnar, D. S., & Hirsch, J. K. (2015). Self-Compassion, Stress, and Coping in the Context of Chronic Illness. *Self and Identity*, 14(3), 334–347. doi:10.1080/15298868.2014.996249

- Sirois, F. M., & Rowse, G. (2016). The role of self-compassion in chronic illness care. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 23(11), 521-527.
- Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2019). Self-compassion and adherence in five medical samples: The role of stress. *Mindfulness*, 10(1), 46-54. doi: 10.1007/s12671-018-0945-9
- Smith, D. F., & Gerdes, L. U. (2012). Meta-analysis on anxiety and depression in adult celiac disease. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(3), 189–193. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01795.x
- Sverker, A., Östlund, G., Hallert, C., & Hensing, G. (2009). ‘I lose all these hours...’—exploring gender and consequences of dilemmas experienced in everyday life with coeliac disease. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(2), 342-352. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00628.x
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston: Pearson Education Inc.
- Tersigni, C., Castellani, R., de Waure, C., Fattorossi, A., De Spirito, M., Gasbarrini, A., ... Di Simone, N. (2014). Celiac disease and reproductive disorders: meta-analysis of epidemiologic associations and potential pathogenic mechanisms. *Human Reproduction Update*, 20(4), 582–593. doi:10.1093/humupd/dmu007
- Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017a). Chronic Illness-Related Shame: Development of a New Scale and Novel Approach for IBD Patients’ Depressive Symptomatology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 255–263. doi:10.1002/cpp.2035
- Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017b). Shame and emotion regulation in inflammatory bowel disease: Effects on psychosocial functioning. *Journal of Health Psychology*, 135910531771892. doi:10.1177/1359105317718925
- Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017c). The longitudinal effects of emotion regulation on physical and psychological health: A latent growth analysis exploring the role of cognitive fusion in inflammatory bowel disease. *British Journal of Health Psychology*, 23(1), 171–185. doi:10.1111/bjhp.12280
- Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2018a). Assessment of Chronic Illness-Related Cognitive Fusion: Preliminary Development and Validation of a New Scale with an IBD Sample. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 25(4), 356-366. doi:10.1007/s10880-017-9536-5
- Trindade, I. A., Marta-Simões, J., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2018b). Chronic illness-related cognitive fusion explains the impact of body dissatisfaction and shame on

- depression symptoms in breast cancer patients. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(6), 886-893. doi: 10.1002/cpp.2323
- Trindade, M. I. O., & de Almeida, C. (2018). *Emotion regulation and chronic illness: the roles of acceptance, mindfulness and compassion in physical and mental health* (Doctoral dissertation, Universidade de Coimbra).
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 123–130. doi:10.1016/j.janxdis.2010.08.011
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria clínica*, 27(1), 41-49.
- Whoqol Group (1998). Development of World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Zarkadas, M., Cranney, A., Case, S., Molloy, M., Switzer, C., Graham, I. D., ... Burrows, V. (2006). The impact of a gluten-free diet on adults with coeliac disease: results of a national survey. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 19(1), 41–49. doi:10.1111/j.1365-277x.2006.00659.x
- Zingone, F., Swift, G. L., Card, T. R., Sanders, D. S., Ludvigsson, J. F., & Bai, J. C. (2015). Psychological morbidity of celiac disease: A review of the literature. *United European. Gastroenterology Journal*, 3(2), 136–145. doi:10.1177/2050640614560786